



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Inscrição

**SEGMENTO: Entidades de Profissionais de Saúde:**

SEGMENTO: ( ) Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores na Área de Saúde;

1. **Nome da Entidade:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

2. **Endereço completo da Entidade/Movimento Social:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_

3. **Nome do Presidente ou Representante Legal:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

4. **Data de fundação?** \_\_\_\_\_

5. **Nome do Representante Titular:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Portador de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

**6. Nome do Representante Suplente:** \_\_\_\_\_

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Portador (a) de Deficiência: ( ) Sim ( )

Não

Qual: \_\_\_\_\_

**7. Documentos apresentados pela Entidade:**

( ) Ata de fundação devidamente registrada em cartório ou comprovante de existência por meio de instrumento público ( As instituições que já compõe o CMS de Aracaju estão isentas da apresentação da referida ATA).

( ) Cópia da ata de eleição da Diretoria atual, registrada em Cartório;

( ) Cópia do estatuto registrado em cartório e suas alterações posteriores;

( ) Cópia do CNPJ comprovando cadastro (data de abertura) e situação ativa;

( ) Ficha de inscrição (disponível no site <https://www.aracaju.se.gov.br/editais>), dirigido à Comissão Eleitoral expressando a vontade de participar da eleição;

( ) Cópia de documento de identificação oficial com foto do Representante Titular e do Suplente;

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Representante Legal/Presidente  
da Entidade ou Movimento Social**